



**MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO IGUAÇU**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância em Saúde

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF.nº \_\_\_\_\_, responsável pelo  
(a) \_\_\_\_\_ na data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, declaro que autorizo o(a) mesmo (a) receber a vacina  
**contra a COVID-19**, oferecida de forma gratuita, estando ciente de seus  
benefícios e efeitos colaterais.

---

Assinatura Pais ou Responsáveis